

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 3 février 1898, à 1 heure

PAR

Edmond LOISELET

Né à Dierrey-Saint-Pierre (Aube), le 16 novembre 1868

ESSAI

SUR

CERTAINS ÉTATS INFECTIEUX

ATTRIBUÉS A LA GRIPPE

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. } POUCHET, professeur.
MARIE et ROGER, agrégés.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

173

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 3 février 1898, à 1 heure

PAR

Edmond LOISELET

Né à Dierrey-Saint-Pierre (Aube), le 16 novembre 1868

ESSAI

SUR

CERTAINS ÉTATS INFECTIEUX

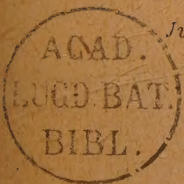
ATTRIBUÉS A LA GRIPPE

Président: M. DEBOVE, professeur.

Juges: MM.

POUCHET, professeur.

MARIE et ROGER, agrégés.



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	GUYON.
	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MON BEAU-FRÈRE

LE DOCTEUR BARATON

d'Arcis-sur-Aube.

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

PRÉFACE

Au moment de terminer nos études médicales, nous considérons comme un devoir de dire toute notre gratitude à nos Maîtres, à la Faculté de Médecine et dans les Hôpitaux.

Au début de nos études nous avons suivi, à la Pitié, avec autant de plaisir que de profit, les services du docteur Polaillon et du professeur Le Fort dont nous saluons respectueusement la mémoire. Le professeur Cornil à l'Hôtel-Dieu et le docteur Gilles de la Tourette qui l'a remplacé durant quelque temps, nous ont initié aux premières difficultés du diagnostic médical. Nous n'aurions garde d'oublier de témoigner toute notre reconnaissance au docteur Gérin-Roze, à Lariboisière, qu'une longue maladie a obligé de quitter son service où il a été successivement remplacé par les docteurs Girode, si vite disparu et à qui nous adressons un souvenir ému, Bécclère dont nous avons pu apprécier toute la bienveillance, et Achard qui nous a prodigué ses enseignements. Les docteurs Galliard, dont nous avons été quelque temps l'élève à Tenon, Quenu à Cochin et Reynier chez qui nous sommes

resté toute une année à Lariboisière voudront bien accepter nos sincères remerciements.

M. le professeur Debove nous a fait l'honneur d'accepter d'être notre Président de thèse, nous lui en sommes profondément reconnaissant.

AVANT-PROPOS

Lorsque nous avons commencé notre médecine, à une époque où nous n'étions encore que très peu familiarisé avec les difficultés de la clinique, nous avons assisté à la formidable épidémie de grippe qui sévit de la fin de l'année 1889 au commencement de l'année 1890 sur Paris, la France et l'Europe entière. Ce qui nous a particulièrement frappé à cette date, c'est la diversité des symptômes qui variaient presque à l'infini. Nous nous étions demandé déjà s'il ne s'agissait pas là de différentes maladies et si cette grande morbidité que l'on constata en décembre 1889, en janvier et février 1890, n'était pas due à des états pathologiques très complexes.

Nous avons eu depuis l'occasion d'observer dans différents hôpitaux et même dans la clientèle de nouvelles épidémies de grippe. Notre première idée sur cette maladie loin de disparaître nous a semblé plus fondée, plus vraisemblable, c'est pourquoi aujourd'hui, nous avons cru devoir prendre pour sujet de notre thèse inaugurale l'étude de certains états infectieux attribués à la grippe.

Certes il semble au premier abord que le sujet soit

épuisé, car le nombre des travaux qui ont paru sur la grippe dans ces huit dernières années est considérable. De tous côtés, en France comme à l'Etranger, on a publié des monographies étudiant la grippe dans son ensemble ou examinant la question à des points de vue spéciaux. Nous ne croyons pas cependant, au moins nous ne connaissons pas de travail ayant le même but que celui que nous poursuivons dans cette modeste brochure, c'est-à-dire tendant à démontrer que l'on a étudié sous le nom de grippe un certain nombre d'états infectieux qui n'avaient que peu ou pas de rapports avec cette maladie.

Audacieuse peut paraître notre tentative et cependant nous n'hésitons pas à entreprendre ce travail, soutenu que nous sommes par une conviction profonde basée sur un grand nombre d'observations personnelles et aussi par beaucoup d'observations émanant de nos Maîtres ou recueillies dans les ouvrages sur la grippe.

Notre thèse sera ainsi divisée :

1^o Nous dirons quelques mots sur la grippe en général.

2^o Nous verrons ce qu'a donné la bactériologie, au point de vue de sa cause.

3^o Ensuite viendront quelques observations sur les formes thoracique, gastro-intestinale et nerveuse de la grippe.

4^o Nous essaierons de discuter ces observations et

nous verrons quels sont les états infectieux le plus habilement étiquetés grippe-influenza.

5° Nous émettrons quelques considérations générales.

6° Puis nous donnerons le traitement qui semble donner les meilleurs résultats.

7° Enfin différentes conclusions termineront notre travail.

CHAPITRE I

En temps d'épidémie, le praticien a toujours tendance à faire rentrer chaque état pathologique pour lequel il est consulté dans l'épidémie régnante, et cela d'autant plus facilement que certains symptômes s'en rapprochent davantage. S'il a à faire à une infection dont la séméiologie soit aussi variée et polymorphe que celle de la grippe, on comprend combien il lui sera facile de suivre ce penchant, et de qualifier grippe ou influenza quantités d'états morbides différents.

Si l'on consulte les statistiques de la mortalité pendant les épidémies de grippe, il est un fait qui frappe tout d'abord, c'est que la mortalité a augmenté (ceci n'a rien qui doit nous étonner), mais c'est aussi que la mortalité due aux autres maladies a beaucoup diminué. Peut-on croire que la présence de la grippe empêche le développement des autres maladies ? Certes non, car généralement elle se rencontre à une époque de l'année où les états pathologiques d'origine microbienne sont nombreux, mais ce que l'on doit croire, ce qui est en réalité, c'est que l'on attribue à la grippe quantité de décès dus à d'autres maladies.

Voyons donc ce qu'on entend généralement par

grippe. Si on s'en rapportait aux anciennes descriptions, la grippe serait une maladie bénigne ayant pour symptômes principaux le coryza et une laryngo-bronchite. « La grippe ou fièvre catarrhale est une affection catarrhale essentiellement épidémique qui intéresse surtout l'appareil respiratoire, et qui présente en outre des symptômes dont les caractères et l'intensité sont variables suivant les épidémies ». (Dieulafoy, *Traité de Pathologie interne*).

Àu début de l'épidémie de 1889, les symptômes ressemblaient tellement peu aux symptômes de la grippe décrits par tous les auteurs classiques, ils revêtaient des allures tellement particulières que l'on se demanda à quelle maladie on avait à faire. On parla d'abord de la dengue, puis les idées se modifièrent, et en fin de compte, ce fut non pas le nom de grippe qui resta, mais le nom italien d'influenza. Puis on discuta sa contagiosité ; des cliniciens éminents regardaient la grippe comme non contagieuse, d'autres non moins éminents soutinrent qu'elle passait avec la plus grande facilité d'un individu à un autre.

Si nous rappelons brièvement toutes ces discussions, c'est pour bien mettre en évidence l'embarras dans lequel se trouvèrent les médecins en présence de cette nouvelle maladie.

Lorsqu'on connut mieux le polymorphisme de la grippe, on donna le nom d'influenza à un grand nombre d'états pathologiques quelque peu obscurs. Puis, toujours pendant les épidémies, chaque maladie surve-

nant soit pendant le cours de la grippe chez un malade, soit à la suite de cette affection, fut qualifiée de grippale ; on vit alors des pneumonies grippales, des bronchites, des endocardites, des néphrites grippales, etc. « Les affections secondaires de la grippe n'ont rien de spécial ni de spécifique. A ne considérer que les pneumonies, c'est par abus qu'on dit d'elles qu'elles sont de nature grippale. Elles sont d'espèces diverses, en rapport avec la diversité des agents pathogènes qui les provoquent ; elles ne sont, par exemple, que des pneumonies vulgaires, comme la plupart des autres pneumonies, parce que leurs agents pathogènes dans la grippe, comme en dehors de la grippe, ne sont que des microbes familiers, des commensaux habituels de notre organisme.

« La grippe comme tant d'autres circonstances étiologiques, ouvre la porte à ces microbes ; alors la pneumonie par auto-infection naît d'une cause vulgaire. Mais, dans des circonstances encore mal déterminées, ces microbes, en provoquant la pneumonie, peuvent acquérir une virulence qui ne leur appartenait pas, ou exalter une virulence restée obscure jusque là. Développée ou non au cours de la grippe, la pneumonie devient alors contagieuse, et la virulence que son microbe a acquise peut se renforcer par son passage d'individu à individu. » (BOUCHARD, — *Académie de Médecine*, 28 janvier 1890).

N'y a-t-il pas une exagération évidente à qualifier de grippales toutes sortes de complications ? Et c'est

justement contre cette exagération que nous désirons appeler l'attention, en montrant par des observations que beaucoup de ces maladies ne sont très probablement que des affections banales, mais revêtant pour des causes inconnues une allure spéciale. Car il est un fait certain, pas plus qu'on ne connaît exactement l'agent pathogène de la grippe, on ne connaît les causes climatiques de cette maladie. On a voulu expliquer son développement par les variations de la pression barométrique, la direction des vents, l'état hygrométrique de l'atmosphère, les changements brusques, de température, etc., mais ce ne sont là que des hypothèses. Néanmoins, il n'est pas téméraire de supposer que des causes cosmiques absolument inconnues à l'heure actuelle augmentent la réceptivité de l'organisme humain, ou exaltent la virulence des innombrables microbes qui nous entourent, que nous portons en nous et sur nous.

Surviennent ces causes inconnues, alors on voit éclater de grandes pandémies; on constate des états pathologiques différents comme symptômes et comme pronostics. Est-ce bien toujours la même maladie? Nous ne le croyons pas. « Quant à la grippe en elle-même, les bizarreries extraordinaires de son évolution, ses aspects multiples et si divers dans une même épidémie nous forcent à la considérer comme la moins connue des maladies infectieuses qui nous atteignent et permettent même de se demander s'il faut toujours

englober dans une appellation unique des états morbides si différents dans leurs allures cliniques ». (*Journal de médecine et chirurgie pratiques*. art. 15531).

CHAPITRE II

Cette tendance à faire rentrer dans la grippe certains états infectieux s'expliquerait si, dans les cas où des recherches microbiologiques ont pu être faites, on avait trouvé le microbe de la grippe. Malheureusement ce microbe n'a pas encore été découvert d'une façon certaine, et la plupart des recherches faites jusqu'à présent n'ont montré dans les matières examinées que des microbes vulgaires ou bien des micro-organismes sur la nature desquels on n'est pas fixé.

Ce n'est guère que depuis la grande épidémie de 1889-1890, que nombre d'expérimentateurs se sont livrés à des recherches bactériologiques sérieuses. C'est qu'en effet, en présence de la grande diffusibilité et de la marche rapidement envahissante de l'épidémie, la grande majorité des médecins tomba d'accord pour reconnaître à la maladie un caractère manifestement contagieux, et pensa dès lors qu'il devait exister un microbe spécifique de la grippe-influenza.

Les premières tentatives ne sont pas heureuses et ne nous fixent pas sur ce sujet. Dans les crachats, dans les mucosités bronchiques, dans les épanche-

ments pleuraux, dans les viscères des malades grippés, on ne rencontre tout d'abord que des microbes vulgaires, de ceux que chez l'homme sain on trouve normalement dans la bouche. Ce sont le pneumocoque lancéolé de Talamon, (Ménétrier, Bouchard, Netter, Leyden, etc.) le pneumo-bacille de Friedlander (Lectulle, Frazer James), le staphylococcus pyogenes aureus (Bouchard), le streptocoque (Bouchard, Laveran, Chantemesse et Widal, etc.) C'est au point que beaucoup d'auteurs se demandent si la grippe est bien une maladie spécifique, ayant un agent pathogène *sui generis*, ou si au contraire la présence dans l'organisme de microbes inoffensifs d'ordinaire, mais dont la virulence a été augmentée par des influences mal connues n'est point la cause de tout le mal.

Pourtant quelques bactériologistes continuent leurs recherches et en publient les résultats.

Babès trouve dans les sécrétions bronchiques une diplobactérie pâle, transparente, à points brillants, et ensuite des bâtonnets légèrement courbés ;

Seiffert de Wurzburg trouve dans les sécrétions nasales et bronchiques des bacilles en chaînettes ;

Arloing, un bacille semblable au bacille d'Eberth ;

Cornil et Chantemesse trouvent dans le sang un petit bacille qui, injecté au singe, lui donne une affection semblable à la grippe ;

Klebs, lui, trouve dans le sang des monades avec flagellum ;

Chantemesse et Widal rencontrent également des

corpuscules avec prolongements en formes de raquette, mais ils concluent de leurs recherches que ce ne sont point des monades, mais des globules déformés ;

Ribbert et Finkler avaient décrit un certain streptocoque comme spécifique de la grippe, mais Bouchard, Vaillard et Vincent, Chantemesse et Widal qui l'ont également trouvé ne le considèrent point comme tel, et Bouchard, après l'avoir inoculé au lapin, a déterminé des abcès et des éruptions érysipélateuses, d'où il conclut que « ce streptocoque de la grippe n'est autre que celui de l'érysipèle, et par conséquent de la fièvre puerpérale, de l'infection purulente et du pseudo-rhumatisme ».

En 1891, Teissier, G. Roux et Pittion ont trouvé et décrit un microbe polymorphe, semblable à celui que Tessier avait déjà découvert dans les eaux de la Moskowa quelques mois après l'épidémie de 1889-1890. C'est un élément se présentant dans l'urine au moment de la défervescence, sous forme d'un diplobacille encapsulé, et dans le sang sous forme d'un streptocoque spécial qui, à la suite de cultures successives, subit diverses métamorphoses qui ont amené à penser que ce streptocoque du sang pourrait bien être le diplobacille de l'urine modifié par sa culture dans le sang. Depuis, G. Roux a rapporté différentes expériences faites *in vitro*, d'après lesquelles on peut transformer ce streptocoque en staphylocoque et en diplobactérie.

Enfin Pfeiffer a constamment trouvé dans les mucosités d'origine bronchique des grippés un bacille

très grêle, très court et très mince qui se colore difficilement par les couleurs d'aniline et se décolore par la méthode de Gram. Pour obtenir des cultures de ce microbe, Pfeiffer dépose un peu de mucosité bronchique sur de la gélose à laquelle il a ajouté quelques gouttes de sang (ordinairement du sang de pigeon), puis il laisse le tout à l'étuve à 37° pendant vingt-quatre heures. Le bacille se développe facilement et forme des colonies nombreuses, semblables à de petits points transparents, très brillants, distinctes les unes des autres et très difficiles à voir à l'œil nu.

Pfeiffer a toujours rencontré ce bacille dans les sécrétions bronchiques des grippés, et jamais dans le sang. Il est pathogène pour le singe seulement.

La découverte de Pfeiffer a été contrôlée par beaucoup d'expérimentateurs, et beaucoup sont tentés d'admettre que ce microbe est l'agent spécifique de la grippe.

C'est ainsi que Kitasato retrouve dans des crachats de grippés un bacille tout à fait identique à celui de Pfeiffer.

Veichselbaum, Klein et Huber se rangent à l'avis de Pfeiffer.

Canon, lui aussi, retrouve le microbe, mais contrairement à Pfeiffer, il pense que c'est surtout dans le sang qu'il doit être recherché.

Chiari et d'autres encore l'isolent et le cultivent également.

En France, on admet généralement les conclusions

de Pfeiffer, et Metchnikoff, de l'Institut Pasteur, en reconnaît l'exactitude.

Le bacille de l'influenza serait un microbe d'infection locale avec phénomènes généraux produits par une toxine spéciale qui a été peu étudiée. Pourtant quelques bactériologistes ont isolé des toxines des urines et des crachats de grippés (Griffiths et Sadell, Jarron).

On le voit, les recherches qui ont été faites jusqu'ici ne sont pas absolument satisfaisantes quant à la spécificité de la grippe ; et du reste au point de vue bactériologique cette question de spécificité ne sera tout à fait élucidée que lorsqu'on aura fait l'étude du bacille de l'influenza, non pas seulement isolément, mais dans ses rapports avec les autres microbes qui lui sont associés et qu'on rencontre toujours avec lui.

CHAPITRE III

Nous venons de voir dans le chapitre précédent que la bactériologie ne pouvait nous donner jusqu'à présent aucune certitude au sujet de la spécificité de la grippe. Nous allons essayer maintenant de montrer que nombre d'affections grippales sont des maladies à côté avec leur nosologie propre.

On admet constamment que la grippe peut revêtir plusieurs formes. Ne parle-t-on pas à chaque instant de la grippe à forme thoracique ? de la grippe à forme nerveuse ? de la grippe à forme gastro-intestinale ? pour ne citer que les principales localisations.

A l'appui de ce que nous disons, nous donnons une suite d'observations que nous avons puisées un peu de tous côtés et que nous avons rassemblées dans ce chapitre, nous proposant de les discuter plus loin.

OBSERVATION I

(CHARPENTIER. — Thèse de Paris, 2 mai 1894).

M. D..., 33 ans, marié, s'est toujours bien porté, de bonne constitution. Pas d'antécédents héréditaires.

Est pris le 24 janvier 1894, de frissons, céphalalgie violente,

douleurs dans tous les membres, fièvre qui se maintient pendant quelques jours de 39° à 40°. Langue blanche, pouls de 120 à 130. Rien au cœur ; urines fébriles.

A l'auscultation, peu de chose, quelques râles de bronchite ; à la percussion, rien.

Tous ces symptômes paraissent s'amender le 26 au soir, c'est-à-dire deux jours après le début, sous l'influence de l'antipyrine et du sulfate de quinine administrés à haute dose.

Le lendemain 27 janvier, le malade voit son état s'aggraver, la température remonte à 40°, le pouls à 130. La dyspnée devient intense, pas de point de côté, crachats sanguinolents.

La percussion donne de la submatité. A l'auscultation on trouve quelques râles de bronchite et des râles fins sous-crépitaux disséminés des deux côtés de la poitrine.

Le traitement composé de vésicatoires, ventouses, tartre stibié, acétate d'ammoniaque, toniques, est resté sans succès.

Les 28 et 29 l'état du malade devient de plus en plus grave, la mort survient le 30 au matin.

Durée de la maladie : 6 jours.

OBSERVATION II

(*Ibidem*).

M. Ch..., âgé de 40 ans, s'est toujours bien porté, de bonne constitution. Pas d'antécédents héréditaires.

A été pris, vers le 15 janvier de frissons, céphalalgie, courbature, fièvre, vomissements, soif vive. L'état reste stationnaire les jours suivants, la fièvre continue.

Le 18, point de côté, nouveaux frissons, dyspnée, matité occupant presque tout le côté gauche.

A l'auscultation, bronchophonie, râles crépitants.

La pneumonie évolue d'une façon normale et se termine par résolution vers le 27 ou 28, sans autres complications.

Le traitement a été composé de vésicatoires, sulfate de quinine, toniques en général.

Durée de la maladie : 12 à 14 jours.

OBSERVATION III

Grippe à forme typhoïde compliquée d'hémorragie.

(DIAGOUSSIS. — *Indépendance médicale*, 22 janvier 1896).

Chez une petite fillette, la maladie débute par un malaise général, accompagné de fièvre, de douleurs dans les membres, de céphalalgie, de toux.

Au sixième jour de la maladie, la petite malade a une température qui dépasse 40°. Elle a les pommettes rouges, la respiration fréquente ; elle tousse fréquemment et à l'examen physique, on constate des phénomènes de bronchite plus ou moins généralisés, plus accusés du côté droit. La langue est sèche, saburrale, rouge sur les bords, les lèvres sont sèches, fendillées avec des traces d'hémorragie. Le ventre est un peu ballonné, mais non douloureux, la rate est tuméfiée. Il n'existe pas de taches rosées ni de phénomènes nerveux.

La malade est constipée, faible, et elle est un peu dure d'oreille.

On lui prescrit un purgatif léger, des antiseptiques intestinaux, du sulfate de quinine à prendre chaque matin, une potion pectorale et l'application quotidienne de ventouses sèches. Cependant, l'état ne change pas. La température reste toujours élevée avec quelques rémissions matinales. L'affaiblissement augmente et la petite malade commence à avoir de la diarrhée fétide.

Au douzième jour de la maladie, il se produit tout à coup une hémorragie intestinale modérée, qui se répète insignifiante deux

et trois fois dans la journée. La fièvre tombe après cet accident pour reprendre le lendemain sa première allure. La médication continue presque la même, et il y a toujours à combattre une fièvre plus ou moins forte, une toux sèche et pénible et des troubles gastro-intestinaux.

Cependant quelques jours après l'hémorragie une amélioration se manifeste dans tous les symptômes, et une semaine après cet accident, la petite malade entre progressivement en convalescence.

OBSERVATION IV

Encéphalopathie grippale.

CORNIL. — Communic. à l'Académie de Médecine, 5 mars 1895

« Nous avons eu l'occasion d'observer trois cas d'encéphalopathie d'origine grippale qui nous paraissent intéressants à signaler.

« Ces accidents ressemblent à ceux de la méningite pneumonique quoique bien moins graves.

« Ces trois observations fixeront nettement la symptomatologie et la marche de ces formes pathologiques.

« 1^o Femme jeune ayant présenté jadis quelques accidents nerveux et qui, après une période de malaise, est prise brusquement de coma, stertor, inégalité pupillaire, paralysie des deux membres inférieurs ; la bouche est déviée à gauche, raideur et tremblement d'un bras. La malade est agitée. Température 39 pendant quelques jours. Cet état semi-comateux dure trois semaines.

« La malade se réveille alors peu à peu ; on constate qu'il y a une stase sanguine dans les vaisseaux rétinien.

« La céphalalgie persiste avec périodes d'accalmie, mais la

malade est aphasique : elle ne gâte plus. L'amélioration est lente à se produire : trois mois après elle est à peu près complètement guérie.

« 2^e Dans ce cas, il s'agit d'une jeune fille de 17 ans qui, traitée pour l'anémie est prise de grippe ; bientôt survient du coma, stertor, paralysie faciale, chute de la paupière, gâtisme. Température 39° qui après deux jours, revient à la normale. Cet état soporeux dure quatre jours, puis elle se remet peu à peu.

« 3^e Femme de 36 ans, nerveuse, fut prise de douleurs générales avec contracture, paralysie faciale, puis paralysie motrice vague, paralysie des sphincters, hémianesthésie, inégalité pupillaire.

« Ces accidents graves durèrent pendant cinq semaines puis finirent par disparaître.

« En somme ces accidents auraient pu être confondus avec de vraies méningites, mais leur guérison démontre que cette assimilation ne peut être soutenue. Malgré leur ressemblance avec des accidents hystériques, les troubles des sphincters, les altérations papillaires démontrant que les méninges ont dû être touchées.

« En somme ces accidents peuvent être imputés à la grippe et nous avons pensé qu'il pouvait y avoir intérêt à les signaler. »

OBSERVATION V

Méningite grippale.

(CORNIL. — Communiqué à l'Académie de Médecine, 30 avril 1895).

Femme de 50 ans atteinte de grippe avec fièvre, courbature, dépression extrême sans paralysie. À l'entrée à l'hôpital, elle était dans un état de cachexie profonde avec agitation. La malade répondait sans suite. La céphalalgie était intense. La tem-

pérature à 39° ; le pouls à 109. Râles disséminés dans les deux poumons. Après quelques jours, la malade devint plus calme ; la dépression augmenta. Elle tomba dans le coma avec stertor ; pas d'inégalité pupillaire. Il se produisit alors une paralysie des bras avec anesthésie de la moitié de la face. La malade succomba.

Les poumons congestionnés aux sommets étaient oedématiés aux bases ; les reins congestionnés. A l'œil nu au cerveau, la pie mère était épaissie sur la convexité des deux hémisphères et remplie d'un liquide opaque abondant. Il y avait un petit foyer hémorragique dans la substance grise du cerveau droit. Les ventricules étaient dilatés et remplis de liquide.

Au microscope, infiltration embryonnaire de la pie mère avec dilatation des vaisseaux. Dans l'épaisseur de la substance grise, infiltration des parois vasculaires.

Il ne s'agissait pas d'une méningite simple, mais d'une **méningo-encéphalite superficielle**.

Quelle en était la cause. Nous n'avons pas trouvé de bacilles de la grippe dans les méninges. On peut admettre que la méningite a été produite par les toxines sécrétées par les bacilles.

OBSERVATION VI

Troubles oculaires dans l'influenza.

(GALEZOWSKI. — Société d'ophtalmologie, 5 avril 1895).

M. Galezowski a rapporté trois cas d'affections des membranes profondes de l'œil, attribuables à l'influenza.

1° Une rétinite hémorragique avec exsudat blanchâtre qui paraît devoir être de nature grippale, bien que la grippe très bénigne du sujet ait passé inaperçue ;

2° Une amaurose subite avec taches hémorragiques chez un jeune homme de dix sept ans, atteint d'une forte grippe ;

3° Un péri-artérite oblitérante avec scotomes comme signe fonctionnel.

A ce propos, M. Galezowski rappelle les cas signalés par M. Cornil, d'encéphalite grippale accompagnée de troubles visuels.

M. Galezowski présume que dans ces cas le microbe de Pfeiffer a pénétré dans la circulation générale. Il ordonne de fortes doses de quinine.

OBSERVATION VII

Grippe infectieuse à forme cardio-pulmonaire.

(CHARPENTIER. — Thèse de Paris, 2 mai 1894).

Mme X..., âgée de 33 ans. A eu quelques vagues douleurs rhumatismales de temps en temps. Bon état de santé habituel, légèrement nerveuse. Son père a eu plusieurs attaques de rhumatisme.

Elle a été prise brusquement de frissons avec douleurs de tête, fièvre avec température à 40°, langue blanche, courbature générale. Pas d'autres phénomènes, rien dans les urines ; rien à l'auscultation.

On institue comme traitement : sulfate de quinine et antipyrine, poudre de Dover et infusion de bourrache.

La malade va mieux le lendemain, mais deux à trois jours après, elle est prise subitement de dyspnée subite et de sensation d'angoisse précordiale. A l'auscultation, rien, si ce n'est de l'arythmie cardiaque, un pouls dépressible, défaillant, intermittent : une piqûre d'éther faite à la malade reste sans résultat.

Le lendemain l'état général s'aggrave, la face est livide, cyanosée : il y a de l'orthopnée, quelques râles sous-crépitaux aux poumons, en arrière des deux côtés. Mort le soir même.

Durée de la maladie : cinq jours.

CHAPITRE IV

Voyons maintenant les déductions que nous pouvons tirer à l'appui de notre thèse de toutes les observations que nous venons de rapporter.

Il nous semble que la première n'a rapport qu'à une broncho-pneumonie et la seconde à une pneumonie franche. Ce sont des cas tels qu'on peut en rencontrer dans les traités classiques ayant trait à ces différentes affections et nous avouons quant à nous, ne point partager l'avis de l'auteur. De ce que ces affections pulmonaires sont peut-être survenues pendant une épidémie de grippe, il n'en résulte pas forcément qu'on doive les considérer comme des infections secondaires de cette maladie.

Peut-être nous objectera-t-on que nous avons choisi des cas de broncho-pneumonie et de pneumonie franche et que notre critique est aisée, mais nous n'aurions que l'embarras du choix pour puiser dans la multitude des observations de pneumonies à symptômes irréguliers dites grippales. Il n'est pas rare en temps ordinaire de rencontrer des pneumonies qui n'offrent aucun des caractères classiques : absence de point de côté, de frissons, fièvre légère et prolongée,

mauvais état général longtemps stationnaire, résolution très lente, etc., etc., et cependant il ne vient pas à l'idée du praticien d'y voir une forme de la grippe. Et d'ailleurs dans toutes ces pneumonies bâtardes ce sont toujours les mêmes microbes qu'on y rencontre, surtout les pneumocôques et les streptocôques; pourquoi alors vouloir absolument différencier des maladies qui ont mêmes causes et tournures pareilles?

Il en est de même pour les formes de grippe dites gastro-intestinales ou typhoïdes. Reportons-nous à l'observation III (Grippe à forme typhoïde compliquée d'hémorrhagie). Il nous semble qu'il s'agit dans ce cas d'une fièvre typhoïde, un peu anormale si l'on veut, et que pas n'est besoin de faire intervenir la grippe dans ce cas.

Est-ce que cette température élevée avec quelques rémissions matinales, est-ce que cette diarrhée fétide et ces hémorrhagies intestinales ne se rencontrent pas dans la dothiënenterie fréquemment? Les signes de bronchite seraient tout à fait insuffisants pour permettre de penser à la grippe, et d'ailleurs ces phénomènes pulmonaires ne sont-ils pas rencontrés eux aussi, à chaque instant dans la fièvre typhoïde.

Nous nous sommes contenté de rapporter cette seule observation de grippe à forme typhoïde, mais combien d'autres à forme gastro-intestinale n'a-t-on pas citée. Souventes fois le diagnostic d'embarras gastrique serait-il nous semble, bien suffisant.

Nous avons trouvé signalé le cas d'un malade qui, quinze jours après une grippe bénigne, aurait eu une paralysie post-grippale du voile du palais, du pharynx et du larynx (Médecine moderne, 22 février 1896, page 125). Mais pourquoi voir encore dans ce cas un nouveau méfait de la grippe, surtout si cette grippe a été bénigne? Ne serait-il pas plus simple de penser que cet accident est survenu après une simple angine grippale ou non, comme le cas en a déjà été signalé?

Dans les trois observations qui sont contenues dans l'observation IV et que nous empruntons à une communication du Professeur Cornil à l'Académie de Médecine du 5 mars 1895, nous voyons des cas d'encéphalopathie dite grippale.

Examinons la première de ces trois observations. Sur quoi se base-t-on pour considérer l'influenza comme la cause de cette maladie? Sur son début brusque? Mais ce serait bien insuffisant, la grippe n'ayant pas l'apanage du début rapide. On nous dit au commencement de cette observation que la malade a présenté jadis des accidents nerveux, alors pourquoi ne pas attribuer les troubles qu'on a observés chez cette malade à l'hystérie réveillée par la maladie fébrile qui l'a frappée?

Dans les deux autres cas exposés dans cette communication, de même que dans le premier, les symptômes décrits ressemblent à ceux de la méningite; les recherches microbiologiques de ces dernières années

ne nous ont-elles pas démontré que bien d'autres microbes que le bacille de Koch pouvaient se localiser sur les méninges et produire des lésions inflammatoires ? On a rencontré le pneumocoque, le streptocoque, le bactérium coli commune, etc., etc. ; ces microbes ne provoquent pas toujours des accidents fatals et les méningites produites par ces microorganismes peuvent guérir. Du reste on a décrit des méningites hystériques, vermineuses, choréiques, etc. Sur quoi peut-on logiquement se baser pour supposer que les méningites décrites dans ces observations sont dûes au microbe de la grippe plutôt qu'à un autre microbe ?

Dans une autre communication à l'Académie de Médecine (30 avril 1895), M. le professeur Cornil lit l'observation d'une femme atteinte de grippe suivie d'accidents méningitiques. (Voir observation V). La malade ayant succombé, on put faire l'examen du cerveau et on constata qu'il s'agissait d'une méningo-encéphalite superficielle. Des bacilles de la grippe ne furent pas trouvés dans les méninges. Pourquoi encore dans ce cas rendre la grippe responsable de ces accidents ? On sait que dans les cachexies profondes tous les organes sont exposés à des infections ; or cette femme était dans un état de « dépression extrême », ouvrant ainsi la porte à tous les micro-organismes. Ses méninges ont présenté une résistance moindre que les autres parties de l'organisme, elles se sont

laissé infecter, d'où les accidents qui ont emporté la malade. Aurait-on jamais avant la grande épidémie de 1889-1890 pensé à qualifier de grippale cette méningite? Nous ne le croyons pas. On pourra nous objecter que depuis l'épidémie dont nous parlons on a constaté un grand nombre d'états infectieux à allures particulières, totalement inconnus avant 1890, mais nous répondrons qu'auparavant déjà ces états infectieux existaient; on les remarquait moins parce qu'ils étaient rares; ils devinrent fréquents pendant l'influenza et attirèrent l'attention des médecins.

Les pneumonies infectieuses ne sont pas nouvelles, pas plus qu'un grand nombre d'états infectieux encore inconnus et qu'on range, faute de mieux, sous un nom quelconque. N'est-ce pas là le cas de la psittacose considérée jusqu'en 1892 comme une pneumonie infectieuse, et sans les épidémies plus ou moins graves qui ont sévi depuis cette époque, la maladie dont nous parlons serait encore regardée comme une affection vulgaire.

Des troubles oculaires ont été signalés également dans la grippe. Nous avons cité la communication faite par M. Galezowski à la Société d'ophtalmologie, le 5 avril 1895 (Voir observation VI). Malgré la haute compétence de M. Galezowski en ces matières, nous ne pouvons pas partager sa manière de voir. Du reste, le premier de ces trois cas en particulier, ne fait que donner plus de force à notre idée qu'il y a un vérita-

ble abus des localisations et complications grippales. Comment pourrions-nous en effet accepter que cette rétinite hémorragique soit le fait d'une grippe bénigne, si bénigne même qu'elle ait passée inaperçue ?

La pathogénie de ces cas n'est pas facile évidemment à expliquer ; nous croyons pourtant qu'il s'agit d'une altération générale du sang causée par le pneumocoque et le streptocoque par exemple. En effet, si tant est qu'on admette que le bacille de Pfeiffer est le microbe spécifique de la grippe, il ne pourrait être la cause de cette altération sanguine, puisque d'après Pfeiffer lui-même et presque tous les autres bactériologues qui l'ont isolé et cultivé, on ne le retrouve pas dans le sang.

Dans l'observation VII, il s'agit d'une complication cardiaque de la grippe. Il nous semble qu'il est question là encore d'une affection qui peut s'expliquer autrement et que la malade a succombé à une endocardite infectieuse. Cette femme, fille de père rhumatisant, a eu elle-même, nous dit-on, quelques douleurs rhumatismales ; tous les symptômes qu'elle a présentés ne sont autres que ceux de l'endocardite infectieuse ordinaire, telle qu'on a eu plusieurs fois l'occasion de l'observer.

Plusieurs auteurs font de la grippe assez volontiers une variété du rhumatisme ; c'est par exemple l'opinion du professeur Grasset, de Montpellier, qui est forte-

ment tenté de voir dans ces deux affections morbides une même influence générale, et d'en faire des manifestations diverses d'une même constitution épidémique.

Nous n'admettons pas, quant à nous, la même origine pour ces deux maladies, et nous pensons qu'on peut expliquer d'autre façon les douleurs qui surviennent souvent dans le cours de la grippe. Ces douleurs sont ou névralgiques ou myalgiques. Les manifestations grippales sont souvent des phénomènes pathologiques dus au réveil provoqué par la grippe des affections qui ont autrefois frappé l'organisme. Ainsi tel symptôme douloureux dû à la grippe sera d'origine rhumatismale et viendra chez un arthritique réveiller des myalgies ou des névralgies qui s'y trouvaient à l'état latent. Chez un alcoolique apparaîtra une névrite qui n'attendait qu'une occasion pour se déclarer et à laquelle la grippe donnera un coup de fouet. Chez un tuberculeux les douleurs névralgiformes grippales se montreront à l'état aigu et succéderont à une vieille névrite infectieuse qui sommeillait.

Nous pourrions multiplier les exemples ; mais nous nous bornerons là ; nous voulons seulement retenir ce fait, c'est que la grippe et le rhumatisme sont des maladies différentes, et que les douleurs grippales peuvent parfaitement avoir une autre origine que la grippe. Nous admettons volontiers que cette dernière agit comme cause déterminante ; ces douleurs sont grip-

pales par leur pathogénie, mais d'origine variée par leur étiologie.

Que d'autres localisations, que de complications n'a-t-on pas attribuées à l'influenza ! Outre les différentes formes dont nous avons parlé plus haut, on a encore cité des formes fébrile, catarrhale, bulbaire, etc., mais nous ne voulons pas nous étendre plus longtemps ; nous n'avons voulu discuter que les formes thoracique, nerveuse, gastro-intestinale et cardiaque qui pour beaucoup de praticiens résument toute l'histoire de la grippe, puisque pour eux cette dernière ne revêt généralement qu'une de ces formes.

Mais nous avons encore des complications en nombre infini. Il n'y a pas une partie de l'organisme qu'on n'ait pas voulu voir touchée par l'infection grip-pale ; tout a été signalé. Si nous nous reportons aux différents ouvrages qui ont traité la question, nous voyons que du côté de l'appareil cérébro-spinal, on a rapporté différents cas de délire aigu avec agitation maniaque (Joffroy), des changements d'humeur, de la faiblesse de l'intelligence et de la volonté, des hallucinations des sens, des troubles de la mémoire, de l'amnésie (Postowski), de la dépression mentale avec tendance au suicide, du délire hypocondriaque (Ballet), de la folie, de l'épilepsie, de la pseudo-méningite, des myélites ascendantes (Féréol, Deroye et Gallois), des paraplégies passagères ou durables. On aurait

constaté des réveils de névroses telles que hystérie, neurasthénie, etc.

Outre les phénomènes thoraciques dont nous avons parlé déjà (pneumonies et broncho-pneumonies), on a cité des bronchites capillaires (Peter), des congestions pulmonaires grippales, des œdèmes de la glotte (Cartaz), des érosions des cordes vocales, de la congestion de toute la muqueuse laryngienne, de la broncho-plégie (Huchard), c'est-à-dire de la parésie des bronches avec dyspnée et absence complète de phénomènes stéthoscopiques, des pleurésies de toutes espèces : séreuse, séro-fibrineuse, sèches ou purulentes.

A côté de la grippe à forme typhoïde dont nous avons rapporté l'observation, on trouve notées la diarrhée cholériforme et dysentérieforme, les nausées et les vomissements passagers ou incoercibles, l'ictère grave (Reynal), les péritonites, gingivites, stomatites, périostites alvéolo-dentaires et pharyngites (Cartaz) et enfin les parotidites suppurées ou non suppurées.

Pour le système circulatoire, nous avons, outre les endocardites, de la myocardite, de l'arythmie, des syncopes, des hémorrhagies, de l'artérite, de l'artériosclérose, des accès d'angine de poitrine (Peter), des phlébites uniques ou doubles (Marcopoulos) de la gangrène sèche des extrémités (Mornet), etc., etc.

Du côté de l'appareil génito-urinaire, nous rencon-

trons l'albuminurie, l'hématurie (Le Gendre, Comby), la cystite (Comby), les orchites (Fiessinger), les avortements plus fréquents et la prédisposition à l'infection puerpérale.

Les organes des sens eux aussi fournissent leur contingent aux complications grippales : furoncles, anthrax, herpès, rash scarlatiniformes, polymorphes, fugaces, rélinites, kératites, iritis, des névrites rétro-bulbaires, des paralysies, des muscles de l'œil, du blépharospasme ; enfin des complications articulaires assez fréquentes, depuis les simples bourdonnements d'oreille jusqu'aux otites suppurées.

Pour terminer, rappelons l'opinion de Verneuil qui disait que la grippe, soit à sa période d'état, soit pendant sa convalescence avait une influence fâcheuse sur les lésions chirurgicales et les opérations, et qu'il était prudent de s'abstenir de toute opération tant que durait cet état infectieux, sous peine de voir survenir presque certainement la pyohémie.

Nous avons rapidement passé en revue les complications attribuées à la grippe et nous avons dit que la plupart du temps nous pensions qu'il y a une exagération manifeste à voir partout et toujours l'infection grippale. Est-ce à dire que nous nions la grippe ? Assurément non, nous ne partageons pas l'opinion de Broussais pour qui la grippe était : « une invention des gens sans le sou et des médecins sans clients qui

n'ayant rien de mieux à faire ont inventé ce farfadet „
et qui la supprimait purement et simplement du cadre
nosologique. Nous croyons qu'il existe un état infec-
tieux souvent bénin, mais quelquefois grave, soit à
cause de la débilitation des individus, soit parce que
d'autres infections viennent s'ajouter à la maladie pri-
mitive, soit enfin à cause d'autres causes qui ne sont
point connues et pour lesquelles on ne peut que faire
des hypothèses.

CHAPITRE VI

Dans la modeste brochure que nous présentons aujourd'hui, nous avons donc essayé de démontrer que l'on avait étrangement abusé du mot grippe, de l'épithète « grippale ». Nous avons, pour prouver ce que nous avançons, choisi autant que possible des observations faites par des Maîtres. Faute de mieux, nous nous sommes contenté d'observations recueillies dans des thèses de la Faculté de Paris. Certes nous n'avons pas la prétention d'avoir traité à fond cette question ; il nous manquait pour cela bien des choses ; le temps et l'autorité d'abord, ensuite les documents.

Cependant, si incomplets que soient notre travail et nos arguments, nous n'en aurons pas moins mis en évidence (autant que faire se peut dans une thèse inaugurale) l'abus que l'on a fait de la grippe et de ses complications. Nous disons plus haut que nous avons cherché à nous servir surtout des observations de maîtres incontestés, car eux assurément ne mettent pas l'étiquette grippe à la légère ; il fallait qu'ils eussent pour cela de bonnes raisons, et pourtant nous croyons avoir montré que ces raisons n'étaient pas indiscutables. A côté des maîtres, de nombreux mé-

decins et non des moindres sont tombés dans l'exagération dont nous parlons ; pendant les épidémies d'influenza, toute maladie survenant était une maladie grippale. Cette tendance fit qu'on étudia comme une seule et même maladie un grand nombre d'états infectieux ; les difficultés déjà si grandes de la clinique en furent considérablement augmentées, et les idées les plus contraires, les plus invraisemblables furent émises sur l'affection qui nous occupe.

Les recherches bactériologiques furent longtemps stériles. En pouvait-il être autrement ? Non certes, car il est bien certain que les microbiologistes opéraient dans des conditions diverses. Aujourd'hui, l'accord commence à se faire, il semble, jusqu'à preuve du contraire, que l'on doive considérer la diplobactérie de M. Teissier, de Lyon, comme l'élément spécifique de la grippe-influenza. Ce micro-organisme a été retrouvé par différents auteurs et dans des conditions identiques. Mais les cas de grippe observés depuis 1891 étaient-ils semblables aux cas observés pendant la première épidémie ? Dans la grande majorité des cas, les gripes qu'on a pu étudier depuis quelques années étaient beaucoup moins graves, se présentaient avec des accidents beaucoup moins dramatiques que les cas d'influenza de 1889-1890, et l'on peut se demander si le microbe de M. Teissier était bien la cause de la grande morbidité constatée il y a huit ans. Le jour où on démontrera que chez tous les grippés on

retrouve la diplobactérie, il n'y aura qu'à s'incliner et à chercher à soigner efficacement les malades.

Nous avons grande tendance à considérer toutes les grandes épidémies de grippe observées depuis plusieurs siècles comme des poussées offensives de microbes pathogènes connus ou inconnus : de là, cette grande morbidité qui, sous son polymorphisme, garde toujours le caractère infectieux. Les causes de ces poussées sont, comme nous l'avons dit plus haut, absolument inconnues : jusqu'à présent, on n'a pu que constater, mais non expliquer.

On pourra nous dire que nous détruisons sans essayer de les remplacer, les hypothèses que nous voulons voir disparaître : notre but a été simplement de montrer un écueil, à de plus autorisés que nous de montrer la voie à suivre. Cette tendance en pathologie à se débarrasser d'une maladie à allures très complexes, en lui donnant un nom vague, n'est d'ailleurs pas rare. Il est bien certain que dans quelques années, bien des états qualifiés aujourd'hui de neurasthéniques ou d'hystériques auront une place marquée nettement dans le cadre nosologique.

Cette question de la grippe-influenza est relativement nouvelle. On peut espérer, grâce à son caractère nettement infectieux, arriver un jour par la bactériologie à déterminer la nature exacte de cette maladie. Nous disons « cette maladie » il serait plus juste de dire : des maladies que l'on confond sous ce nom.

Alors une thérapeutique plus rationnelle pourrait être employée : au lieu d'un traitement purement symptomatique et d'expectation, on pourra peut-être opposer aux états infectieux dont nous parlons des traitements spécifiques.

TRAITEMENT DES ÉTATS INFECTIEUX

ATTRIBUÉS A LA GRIPPE

Bien que le traitement des maladies que nous venons d'exposer ne rentre pas dans le cadre de notre travail, nous croyons devoir y consacrer quelques mots.

Nous n'avons rien à dire de ces cas bénins où la fièvre est modérée, la courbature supportable, l'état gastrique bon, la toux légère, l'état général satisfaisant. C'est au coin du feu, comme on l'a dit, que l'on guérit ces gripes.

Il n'en est plus de même des cas graves survenant surtout chez les surmenés, les vieillards, etc. Dans ces cas d'infection qui peuvent entraîner la mort du malade, une thérapeutique active s'impose. Il faudra, puisqu'on ne peut mieux faire, ordonner un traitement surtout symptomatique. On traitera l'embarras gastrique par des purgations : sulfate de soude ou de magnésie, calomel. etc. — On favorisera la diurèse par le lait, les boissons aqueuses : limonade vineuse, infusions théiformes, etc., lavements froids, etc. — On s'efforcera de réaliser une asepsie aussi complète

que possible de tout l'organisme : lavages de la bouche, des fosses nasales, de la gorge, des oreilles, etc., avec des solutions antiseptiques : solutions d'acide borique, d'acide salicylique, de naphtol, d'acide phénique, de chloral, etc. — Contre la fièvre, on évitera avec soin d'employer les antithermiques médicamenteux, tels que antyprine, exalgine, etc. On pourra se servir avec avantage du sulfate de quinine à petites doses (0,15 à 0,20 centigrammes par jour), comme tonique. S'il y a de l'hyperthermie, c'est aux bains froids, aux enveloppements dans le drap mouillé qu'on devra s'adresser.

On s'efforcera en outre de soutenir le malade : lait, vin, bouillon, alcool rendront de grands services. Contre la faiblesse du cœur, on donnera la caféine, la digitaline. Contre l'asthénie générale, on ajoutera les injections sous-cutanées d'éther ou d'huile camphrée.

En somme, dans ces cas infectieux mal déterminés, la thérapeutique doit être opportuniste, et l'on doit toujours craindre, par l'administration intempestive de certains médicaments, d'empêcher l'organisme de se défendre contre ses ennemis : les micro-organismes qui l'envahissent.

CONCLUSIONS

Le diagnostic de grippe ne saurait être fait avec trop de soin.

Pendant les épidémies de grippe, on a souvent englobé dans cette maladie certains états infectieux qui n'étaient que des maladies banales, telles que courbatures fébriles, affections thoraciques, embarras gastriques, angines, etc.

La multiplicité des symptômes, les différences de pronostic, les grandes variétés de micro-organismes qui ont été rencontrées par un grand nombre d'auteurs, nous prouvent que l'accord est loin d'être fait sur cette question et donnent un solide appui aux idées que nous avons émises dans cette thèse.

Il est utile de ne pas confondre la grippe avec les états infectieux dont nous avons parlé :

1° Pour ne pas compliquer l'étude de cette maladie déjà si complexe;

2° Pour mettre en évidence un certain nombre d'états infectieux mal définis et non catalogués ;

3° Pour le traitement à instituer.

Vu, le doyen :

BROUARDEL

Vu par le Président de la thèse,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

WIDAL. — Article : Grippe. Traité de Médecine Bouchard, Charcot et Brissaud, tome I.

BOURGES. — Article : Grippe. Traité de Médecine Debove et Achard, tome VIII.

HULMANN. — Thèse de Paris, février 1894. — Nature de la grippe.

CHARPENTIER. — Thèse de Paris, mai 1874? De la grippe et de ses complications.

DUFFAU. — Thèse de Paris, mars 1894. — Remarques sur la grippe épidémique ou influenza en 1889-90-91-93.

BEZANÇON. — (*Médecine moderne*, 19 janvier 1895). — Microbe de l'influenza.

CORNIL. — (*Académie de Médecine*, 5 mars 1895). — Encéphalopathie grippale.

CORNIL. — *Académie de Médecine*, 30 avril 1895). — Ménin-gite grippale.

COMBY. — (*Société médicale des hôpitaux*, 3 mars 1895). — Néphrite et cystite grippales.

GALEZOWSKI. — *Société d'ophtalmologie*, 5 avril 1895). — Troubles oculaires dans l'influenza.

DIAGOUSSIS. — (*Indépendance médicale*, 22 janvier 1896). — Grippe à forme typhoïde compliquée d'hémorrhagie.

GUÉMENT. — (*Médecine moderne*, 22 février 1896). — Un cas de paralysie post-grippale du voile du palais, du pharynx et du larynx.

TEISSIER, ROUX et PITION. — (*Lyon médical*, 15 sept. 1896). — Pathogénie de la grippe.

TABLE DES MATIÈRES

Préface.....	5
Avant-Propos.....	7
Dé la grippe en général.....	10
Bactériologie.....	15
Observations.....	20
Discussions des observations.....	27
Considérations générales.....	38
Thérapeutique.....	42
Conclusions....	44

